SYPHILIS

Prof. E



Separat-Abdruck

„Wiener Med

WI

SYPHILIS UND KREBS.

VON

Prof. EDUARD LANG

IN INNSBRUCK.





Separat-Abdruck aus Nr. 41 und 42 (1886)

der

„Wiener Medizinischen Blätter“.

Zeitschrift für die gesammte Heilkunde.

erausgegeben von Dr. Wilhelm Schlesinger, Privatdocent an der Wiener Universitä



WIEN 1886.

Druck und Verlag von L. Bergmann & Comp. in Wien.

Noch vor einigen Jahren war ich ganz verwundert darüber, wenn mich ein an Krebs leidender Patient consultirte, der von anderen Collegen nicht für krebskrank, sondern für syphilitisch gehalten worden war. Ich habe zwar solche Fälle öfter beobachtet, einer derselben ist mir aber darum besonders in Erinnerung geblieben, nicht allein weil dieser Kranke — wie ja die meisten — sich des Rathes hervorragender Kliniker zu erfreuen hatte, sondern weil er die von der Hand eines bekannten Chirurgen niedergeschriebene Diagnose „Syphilis" — wohl nur zur Orientirung der Collegen — vorzuzeigen in der Lage war; und doch war es mir nicht zweifelhaft, dass hier Krebs vorlag. Die Neubildung machte auch, trotz operativer Entfernung von der Hand eines Meisters in der Chirurgie, durch arge Recidiven dem Leben des Kranken sehr bald ein Ende.

Während ich vordem geglaubt hatte, dass es sich da von vorneherein nur um carcinomatöse Infiltrate und Exulcerationen gehandelt haben mochte, die während ihres Anfangsstadiums verkannt und für syphilitisch gehalten worden waren, bin ich durch die im Laufe der Zeit gewonnenen Erfahrungen zu der Ueberzeugung gelangt, dass Krebs auch auf dem Boden von Syphilisproducten entstehen, dass also ein Geschwür, welches ursprünglich rein syphilitischen Charakter hatte, später mitunter carcinomatös werden kann. Die Zunge ist in der Richtung besonders zu fürchten; lange dauernde, aus Syphilis hervorgegangene Infiltrate haben Manche (Hutchinson, v. Langenbeck, F. Bowerman Jessett) in Carcinom übergehen sehen. Für mich steht diese Art der Krebsentwicklung ausser jedem Zweifel, seitdem ich mich davon in unzweideutigster Weise überzeugen konnte. Ich habe hierüber in meinen „Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis" (Wiesbaden 1884—86, p. 172 ff.) Mittheilung gemacht und daselbst auch das Instructive aus der

1*

klinischen Beobachtung und dem histologischen Befunde angeführt.

Eine ähnliche Erfahrung machte ich neuerdings bei einem in der Mitte der Vierziger-Jahre stehenden Manne. Derselbe sah, als er mich im Monate Juli 1885 consultirte, sehr gealtert und herabgekommen aus; trotz seines schlechten Aussehens erkannte ich in ihm sofort einen Patienten, den ich vor mehr als zehn Jahren wegen nässender Papeln am Anus und anderer syphilitischer Symptome behandelt hatte. Die erfolgte Genesung hatte längere Zeit angehalten, so dass sich der Mann zu heiraten entschloss; der Ehe entspross ein Knabe, der nicht die Spur von hereditärer Syphilis an sich trägt. Im weiteren Verlaufe jedoch bemerkte der Mann bald in der Mundhöhle, bald am Kopfe oder sonst an der Haut unbedeutende Attaquen, gegen welche er theils den Rath eines ärztlichen Freundes einholte, theils selbst medicinirte (er war nämlich seinem Berufe nach mit den Verordnungsweisen der Sassaparilla, des Jods u. s. w. sehr wohl vertraut).

Als ich den Patienten zum zweiten Male nach vielen Jahren zu Gesichte bekam, fand ich am Boden der Mundhöhle unter der Zunge rechts ein mandelgrosses, mässig derbes, schmerzhaftes Infiltrat, das stellenweise exulcerirt, stellenweise von kleinen, bis Bleistiftspitzen grossen, rothen papillomatösen Wucherungen besetzt war; am Stamme liessen sich da und dort linsengrosse oder noch grössere gummöse Infiltrate erkennen. Mehr als diese Veränderungen quälte den Patienten jedoch der Umstand, dass sein Magen kein Medicament, aber auch keine Nahrung mehr vertragen konnte. Unter diesen Verhältnissen legte ich das Hauptaugenmerk darauf, den offenbar durch vieles Selbstmediziniren intolerant gewordenen Magen zu schonen und zu kräftigen, dabei aber doch die Ernährung des Kranken zu heben. Zu dem Behufe ordnete ich für die nächsten Wochen nur Milchdiät an und empfahl für die Mundhöhle ein Gargarisma und Bepinselungen des Infiltrats mit schwacher ätherischer Sublimatsolution.

Mitte September sah ich den Mann wieder; die Milchdiät hatte ihm ziemlich gut bekommen; auch das Infiltrat am Boden der Mundhöhle hatte sich in etwas verkleinert und dessen Empfindlichkeit abgenommen; inzwischen jedoch waren sechs bis acht erbsengrosse und noch grössere derbe Knoten, in einem Kreise von etwa zwei Zoll Durchmesser angeordnet, in und unter der Haut des Hinterhauptes aufgetreten.

In Anbetracht der neuen Syphilisproducte wurde nun, da Patient gekräftigt schien, eine allgemeine Mercurtherapie (Jod-

kalium hatte derselbe auf eigene Faust schon in grossen Quantitäten consumirt) eingeleitet und durchgeführt, ohne dabei die Localbehandlung der Krankheitsherde zu vernachlässigen. Während aber die Knoten am Hinterhaupte sich zurückbildeten und nach zwei bis drei Wochen vollständig schwanden, schien die fernere Behandlung auf das Infiltrat in der Mundhöhle keinen Einfluss mehr auszuüben; auch energischere Localbehandlung und Aetzung, die sonst auf Syphilisproducte sehr vortheilhaft einwirken, hatten nicht nur keinen Erfolg, sondern führten Verschlimmerung herbei.

In der zweiten Hälfte des Octobers war das Infiltrat am Boden der Mundhöhle nussgross und sehr hart, der Schmerz intensiver geworden, der Zerfall der Oberfläche hatte sich in die Tiefe fortgesetzt; ich zweifelte nicht, dass jetzt Carcinom vorlag. Obwohl ich den Kranken viel zu schwach für einen operativen Eingriff hielt, so glaubte ich denn doch, ihm einen solchen nahezulegen, mit der ausdrücklichen Betonung, dass von einer medicamentösen Behandlung nunmehr nichts zu erwarten sei. Die Scheu des Patienten vor dem „Schneiden", seine syphilitischen Antecedentien und die Ueberzeugung, welche er über die Wirksamkeit des Jodkaliums theils aus dem Umgange mit Aerzten, theils aus eigener Erfahrung gewonnen hatte, liessen ihn neuerdings zu seinen früheren „Curen" greifen.

Ich sah von nun ab den Kranken immer seltener. Nach einigen Wochen trieb ihn eine neue Erscheinung zu mir: es waren nämlich die Lymphdrüsen am Unterkiefer der rechten Seite zu einem fast hühnereigrossen, harten Tumor angeschwollen; auch die Geschwulst am Boden der Mundhöhle ist grösser, die ulceröse Höhle tiefer und der Schmerz bedeutender geworden. Nun zeigte sich der Kranke zu einem operativen Eingriffe geneigt, doch waren die Aussichten auf ein günstiges Resultat noch trüber geworden, so dass die ihm weiter ertheilten Rathschläge einen therapeutischen Charakter nicht mehr haben konnten.

Der Kranke besuchte mich noch zweimal (es dürfte im November oder December 1885 gewesen sein), und ich constatirte jedesmal weitere Zunahme des Carcinoms in der Mundhöhle, das schliesslich auch auf den Unterkiefer überschritten war. Mehrere Monate später ist der Patient seinem Leiden erlegen.

Wie nun manchmal der Zufall selbst seltene Beobachtungen gleicher Art dem Praktiker in kurzer Aufeinanderfolge zuzuführen pflegt, so kam auch ich in jüngster Zeit in die Lage, noch einen anderen hieher gehörigen Fall zu beobachten; es

handelte sich um ein beginnendes Carcinom innerhalb eines syphilitischen Infiltrates.

Der Patient, ein 38 Jahre alter Mann, war schon früher einmal wegen eines Leidens an der gleichen Stelle in meiner klinischen Behandlung gestanden. Damals — am 31. December 1884 — war das Roth der rechten Unterlippenhälfte von einem das umgebende Niveau um wenige Millimeter überragenden pfenniggrossen Infiltrate, das eine rothe, exulcerirte, eiternde Fläche dargeboten, besetzt gewesen. Von der äusseren Seite her hatte man Tendenz zur Uebernarbung bemerkt, welcher Stelle entsprechend das Lippenroth nur allmälig zum Infiltrate angestiegen war. Die oberflächliche Partie hatte sich fast weich, die Basis hingegen ziemlich hart angefühlt. Man hatte im Ganzen den Eindruck eines Ulcus elevatum erhalten bei einem — wie aus der Uebernarbung von einer Seite her zu schliessen war — schon seit längerer Zeit syphilitischen Individuum. Die fernere Untersuchung des grossgewachsenen, schön gebauten Mannes hatte am Rücken einige oberflächliche Narben und im Sulcus retroglandularis links eine Stelle erkennen lassen, die etwas dicker erschienen war und den Eindruck einer narbigen Veränderung gemacht hatte; Patient hatte übrigens jede ernste Genitalerkrankung geleugnet und nur zugegeben, sich einmal eine Läsion am Gliede mit dem Saft von Euphorbia zugezogen zu haben. An der linken Hälfte der Unterlippe wollte er sieben Jahre vorher an einer ähnlichen Affection krank gewesen, jedoch bald und ohne Behandlung geheilt worden sein. Die Erkrankung, wegen welcher er in's Spital getreten war, hatte erst vor neun Wochen ihren Anfang genommen. Patient hatte bei uns innerlich Jodkalium bekommen, das Ulcus war zuerst mit Emplastrum hydrargyri bedeckt und ab und zu mit ätherischer Sublimatlösung oder mit Sublimatcollodium bepinselt worden, worauf sich zwar die Geschwürsfläche verkleinert und das Infiltrat verringert hatte, aber nur in schleppender Weise. Die Geschwürsbasis war sodann recht energisch, ein- bis zweimal in der Woche, mit dem spitzen Lapisstifte touchirt und in der Zwischenzeit Emplastrum cinereum angewendet worden. Am 10. März 1885 war die Heilung vollendet gewesen.

Im August desselben Jahres hatte sich Patient wegen einer Rhagade an der Unterlippe in meinem Ambulatorium vorgestellt, dieselbe heilte sehr bald unter Anwendung von grauem Pflaster.

Am 19. Jänner 1886 kam er wieder auf die Klinik wegen eines seit vier Wochen bestehenden Recidivs. Die Unterkieferdrüsen der rechten Seite waren nur wenig vergrössert. Am Roth der Unterlippe rechts bemerkte man ein bis an die

Medianlinie reichendes, gegen die Haut ein wenig überwallendes Ulcus elevatum im Durchmesser von fast einem Centimeter; die freie Fläche sah im Centrum wie glatt granulirend aus und war an der Peripherie von einem dünnen Häutchen eingetrockneten Secretes bedeckt; die Basis fühlte sich auffallend hart an, doch reichte das Infiltrat nur wenige Millimeter in die Tiefe. Nach aussen von diesem fand sich ein zweites, ebenso beschaffenes, nur etwas kleineres Ulcus vor. Durch Zusammendrücken des grösseren Geschwüres von der Schleimhaut- gegen die Hautseite konnte man punktgrosse gelblich-weisse Massen auspressen; am kleineren wollte dies nicht gelingen. Diese bei flachen Carcinomen, nicht aber bei syphilitischen Producten beobachtete Erscheinung liess mich eine krebsartige Entartung des Infiltrates annehmen, wenngleich bei mikroskopischer Prüfung der hervorgedrückten Massen epitheliale Formen nicht deutlich zu erkennen waren.

Durch das freundliche Entgegenkommen der chirurgischen Klinik, woselbst die kranken Partien exstirpirt wurden, ist es mir möglich geworden, die anatomische Untersuchung des in Rede stehenden Infiltrates vornehmen zu können. Dieselbe ergab nun, wie ich gleich eingangs bemerken will, keineswegs ein leicht erkennbares typisches Carcinom; bei sorgfältiger Durchforschung von Uebersichtspräparaten und feineren Schnitten gelangte man aber immer mehr zu der Ueberzeugung, dass hier in der That ein Syphilisproduct vorlag, in welchem ausgesprochene Krebsnester eingestreut waren. Die Schilderung des Befundes wird dies klar darthun.

Das kleinere Infiltrat, welches ausschliesslich dem Lippenroth angehörte und nach vorn gerade bis an die Haut reichte, war von kleinen Zellen bis zur Tiefe von 3 Millimetern in sehr dichter Weise erfüllt; an einzelnen Stellen gruppirte sich die Zellenneubildung zu 0·2 bis 0·4 Millimeter grossen runden oder ovalen Herden, deren centrale Partien öfter degenerirt und molecular zerfallen waren. Wendete man seine Aufmerksamkeit den epithelialen Elementen zu, so fiel es zunächst auf, dass Papillarkörper und interpapilläre Epitheleinsenkungen an der Haut in vollständiger Harmonie zu einander standen, die nur an der Grenze des Infiltrates dadurch eine Unterbrechung erlitt, dass eine Gruppe von sechs bis acht interpapillären Zapfen mächtig ausgewachsen erschien und die normale Nachbarschaft um das Drei- bis Vierfache an Grösse übertraf (Figur 1, a [1]).

---

[1]) Vergrösserung der Bilder 20 linear, Details bei stärkerer Vergrösserung gezeichnet.

Von der Schleimhautseite her machte sich an der Grenze eine Verdickung des epithelialen Lagers bemerkbar, welches mitunter zu Auswachsungen in die Tiefe führte. Der Ulceration entsprechend sah man das kleinzellige Infiltrat bis an die freie Fläche reichen, woselbst Epithel nicht mehr zu erkennen war (Figur 1, b); in der Tiefe jedoch liessen sich nichtsdestoweniger theils langgezogene, theils ovale oder runde Epithelzellenhaufen mitten im kleinzelligen Infiltrate ganz deutlich erkennen. (Figur 1, c). In einzelnen Nestern waren die Epithelien zerfallen und dadurch in ihrem Gefüge so sehr gelockert, dass sie ganz oder theilweise herausfielen und entsprechend grosse Lücken zurückliessen.

Zwar ist nicht zu leugnen, dass lange währende Infiltrationszustände in der Nachbarschaft von Epithelien fast ausnahmslos zu Proliferationen der letzteren führen; in solchen Fällen wird



Fig. 1

man aber finden, dass die Epithelauswüchse, wenn sie auch gross, lang und plump geworden, im Ganzen denn doch immer an ihren ursprünglichen Typus erinnern und stets im Zusammenhange mit normal situirtem Epithel bleiben. Nicht so in unserem Falle! Hier finden sich epitheliale Züge und Nester, die mitunter ziemlich tief reichen, in einem Gebiete, welches an der freien Oberfläche nirgends mehr normale Epithelien erkennen lässt; und doch können die epithelialen Elemente nur von der oberflächlichen Epithelbekleidung ausgegangen sein, weil das Lippenroth keinerlei Drüsen führt. Man hat es also ganz und gar mit atypischen Epithelwucherungen zu thun, die selbst nach Zerstörung des Mutterlagers noch weiter ausgewachsen sind. Noch mehr aber wird man in der Annahme einer carcinomatösen Natur der Epithelnester bestärkt durch die in denselben wahr-

genommenen Zerfallsvorgänge; epitheliale Auswachsungen, die lediglich als Folge einer im benachbarten Bindegewebe vorliegenden Irritation aufzufassen sind, erleiden nie ähnliche Degenerationsvorgänge, während Krebsnester schliesslich von Zerfall nicht verschont zu bleiben pflegen.

Im grösseren, 4 Millimeter dicken Infiltrate fanden sich im Ganzen ähnliche Verhältnisse vor; nur waren hier die Epithelnester und die nach Herausfallen derselben zurückgebliebenen Lücken grösser (Figur 2); überdies war bereits die Erkrankung



Fig. 2

im Ueberschreiten auf die äussere Decke. Dem grösseren Epithelreichthum der Haut entsprechend fanden sich hier bedeutendere Epithelwucherungen (an denen auch die Wurzelscheiden theilnahmen) vor, und an einzelnen Stellen erschienen die nach allen Richtungen vordringenden neugebildeten Epithelzapfen um kryptenähnliche Höhlen angeordnet, die zum Theil mit concentrisch geschichteten, wie faserigen, verhornten Massen erfüllt waren (Figur 3). Das Vorhandensein von etwas umfangreichen Epithelnestern im grösseren Infiltrate erklärt es denn auch, warum sich aus demselben gelbe Massen leichter ausdrücken liessen, sowie der Zerfall des Alveoleninhaltes den Umstand erläutert, dass in den hervorgepressten Partikeln die Epithelien nicht gut zu erkennen waren.

Hiemit wäre das Wesentlichste aus dem histologischen Befunde beider Ulcera elevata charakterisirt.

Es muss noch bemerkt werden, dass die kleinzellige (syphilitische) Infiltration weit hinaus über diese Partien reichte; man fand dieselbe sowohl an der Haut-, wie an der Schleimhaut-

seite, insbesondere den Talg- und Schleimdrüsen entsprechend, stark ausgeprägt, an einzelnen Stellen sogar ziemlich dichte Herde bildend; auch das Muskellager blieb von der gleichen Infiltration nicht verschont; das Epithel hatte jedoch hier seine normale Anordnung nirgends eingebüsst.

Während also in meiner ersten Beobachtung (Vorlesungen über Path. u. Ther. d. Syph. p. 172) der Uebergang eines Syphilisproductes in ein Carcinom und das Nebeneinanderbestehen beider Krankheitsproducte in ihren vollendeten Formen sowohl klinisch wie anatomisch in klarster Weise ausgeprägt erschien, fanden sich hier innerhalb eines ziemlich ausgebreiteten syphilitischen Infiltrates wohl nur die ersten Anfänge einer atypischen Epithelwucherung, die jedoch nichtsdestoweniger bereits den Stempel einer destructiven — also malignen — Neubildung an sich trug.

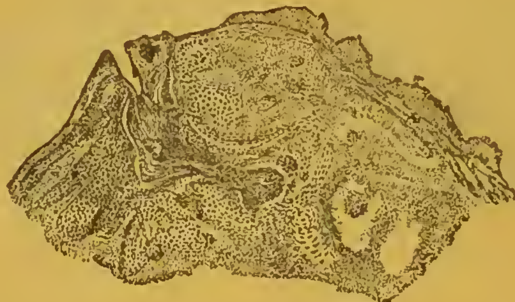


Fig. 3

Man darf wohl annehmen, dass diesen Verhältnissen in Zukunft grössere Aufmerksamkeit zugewendet werden wird, und es ist zu hoffen, dass wir mit der Zeit mehr Klarheit darüber gewinnen werden, ob von den zuerst als Syphilis und später als Krebs imponirenden Fällen diejenigen vorherrschen, in welchen Carcinom schon ursprünglich da war, oder die, in welchen die bösartige Neubildung erst im weiteren Verlaufe des Syphilisprocesses zur Ausbildung gelangte.

So viel lässt sich jedoch schon jetzt behaupten, dass es genug Fälle gibt, in welchen es sich einzig und allein um die Differentialdiagnose zwischen Krebs und Syphilis handelt, und dass in einigen derselben die richtige Erkenntniss nach den blossen klinischen Symptomen — wenn von einer mikroskopischen Untersuchung abgesehen wird — oft sehr schwer wird. Folgender Fall ist geeignet, das Gesagte einigermassen zu illustriren.

Am 3. Jänner dieses Jahres wurde in meine Klinik ein 62 Jahre alter Mann wegen einer angeblich seit einem Monate bestehenden Erkrankung der Unterlippe aufgenommen. Man fand die rechte Hälfte derselben von einer über wallnussgrossen, 3½ Cm. dicken Geschwulst eingenommen, die sich sowohl nach aussen als auch gegen das Innere der Mundhöhle und dem Lippenroth entsprechend vorwölbte und die Mittellinie um Weniges überschritt. Die in den peripheren Theilen derbe, in den centralen erweichte Geschwulst reichte bis knapp an den Schleimhautüberzug des Unterkiefers, ohne jedoch an letzterem fixirt gewesen zu sein. Die äussere Haut erschien auf der Höhe der Convexität der Geschwulst im Durchmesser eines Centimeters exulcerirt; durch das Geschwür entleerte sich eine geringe Menge dünnen Secretes; auf der Schleimhautseite bemerkte man, der Vorwölbung entsprechend, eine 3 Cm. lange, bogenförmig gekrümmte, lineare Exulceration. Die übrigen Theile der Haut und Schleimhaut — das Lippenroth mit inbegriffen — fühlten sich wohl etwas derber an, wiesen aber sonst keinerlei Veränderung auf. Die Lymphdrüsen waren am Unterkiefer beiderseits, rechts jedoch in erheblicherem Masse geschwollen. Patient gab an, spontan keinen Schmerz zu verspüren; auf Druck jedoch war die Geschwulst empfindlich.

In diesem Falle war ich schwankend, ob Carcinom oder Gumma vorlag.

Die Anamnese orientirte in keiner Weise; die zugestandenen Krankheiten wurden von dem Kranken als Bagatellen hingestellt oder in höchst unbestimmter Weise bezeichnet (Krätze im Jahre 1852, Nackenschwellung im Jahre 1866 bis 1867). Mehr Anhaltspunkte schien die objective Untersuchung zu bieten. Am Bändchen fand sich eine Narbe vor; nach deren Provenienz befragt, gab Patient zu, in den Fünfziger-Jahren hier einen Einriss erlitten zu haben; am Mons veneris sah man deutliche, von vorausgegangenen Ulcerationen herrührende Narben, die angeblich seit 1860 bestehen sollen; bis auf einen Backenzahn (oben links) fehlten sämmtliche Zähne, die der Kranke vor drei Jahren in Folge von Mundfäule verloren haben will. Auf weiteres Befragen erzählte der Mann, dass seiner Ehe 15 Kinder entsprossen wären, von denen acht starben (und zwar im Alter von wenigen Stunden bis zu zwei Jahren).

Durch das Resultat dieser Erhebungen sowohl als auch durch das gewiss sehr ungewöhnliche Verschontbleiben des Lippenroth bei Carcinom der Unterlippe sah

ich mich veranlasst, die Erkrankung eher für eine gummöse zu nehmen.

Eine in energischer Weise durchgeführte antisyphilitische Behandlung (local wurden Quecksilbermittel angewendet und innerlich grosse Dosen Jodkalium gereicht) liess in der ersten Zeit keine Veränderung, im weiteren Verlaufe aber entschiedene Verschlimmerung constatiren. Es lag eben, wie auch die spätere anatomische Untersuchung darthat, Carcinom vor, und Patient wurde nach einer Behandlung von drei Wochen auf die chirurgische Klinik transferirt und daselbst operirt.
